

Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. L. Demling

**Follow-up nach konservativ und chirurgisch
behandeltem peptischen Ulcus**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Günter Aurbach
aus Breitenbrunn /Opf.

Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. L. Demling

**Follow-up nach konservativ und chirurgisch
behandeltem peptischen Ulcus**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Günter Aurbach
aus Breitenbrunn /Opf.

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen - Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten

Referent: Prof. Dr. H. Koch

Korreferent: Prof. Dr. L. Demling

Tag der mündlichen Prüfung: 02.06.1980

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	1
2. MATERIAL UND METHODE	2
2.1. Fragebogen	2
2.2. Nachuntersuchung in der Klinik	4
2.3. Brief vom Hausarzt	4
2.4. Operationsberichte	5
3. STATISTISCHE AUSWERTUNG	6
4. ERGEBNISSE	6
4.1. Ergebnisse aus den Fragebögen	6
4.1.1. Ergebnisse aus den Fragebögen zum Allgemeinbefinden	7
4.1.2. Ergebnisse vom Fragebogen zu Leber, Galle, Pankreas	13
4.2. Ergebnisse der Nachuntersuchung an der Med. Universitätsklinik Erlangen	14
4.3. Ergebnisse vom Hausarzt	16
4.3.1. Ergebnisse vom Hausarzt zum Allgemeinbefinden	16
4.3.2. Ergebnisse vom Hausarzt zu Leber, Galle, Pankreas	17
4.3.3. Zusammenfassung der "Ergebnisse der Nachuntersuchung" mit "Ergebnisse vom Hausarzt"	18
4.4. Ergebnisse aus Operationsberichten	20
5. DISKUSSION	21
5.1. Fragebogen	21
5.2. Nachuntersuchung	25
5.3. Brief an den Hausarzt	26
5.4. Operations-Berichte	26
6. ZUSAMMENFASSUNG	28
7. LITERATUR	31



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546211_0041

1. EINLEITUNG

Das Magen- bzw. Duodenalulcus ist häufig - etwa jeder zehnte Bundesbürger erkrankt daran im Laufe seines Lebens.

Leitsymptom des Ulcus ist der Schmerz - je nach Sitz früh, spät oder nüchtern.

Das Ziel der Ulcustherapie besteht aus drei Teilen: die Beschwerden zu lindern; das Ulcus zum Abklingen zu bringen; ein (leider häufiges) Rezidivieren zu verhüten.

Die beiden ersten Ziele sind durch konservative Methoden zu erreichen. Die Rezidivprophylaxe wird durchgeführt mit der Magenoperation.

Das Ulcus wird von vielen Autoren (4; 5; 6; 8; 10) angeschuldigt, sekundäre Krankheitszeichen an Leber, Galle und Pankreas zu verursachen.

Dem steht ebenso zahlreich (1; 5; 8; 9; 11; 12) die Meinung gegenüber, diese Veränderungen wären durch den chirurgischen Eingriff verursacht.

Die vorliegende Studie galt dieser Fragestellung, wobei folgende Punkte von besonderem Interesse schienen:

1. Wie ist das Allgemeinbefinden von konservativ behandelten Ulcuspatienten im Vergleich zu operierten Patienten?
2. Ist es in einer der beiden Gruppen gehäuft zu Erkrankungen von Leber, Galle und Pankreas gekommen?

2. MATERIAL UND METHODE

2.1. Fragebogen

Es wurden Fragebögen verschickt an 152 ehemalige Patienten der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen. Diese Patienten waren in stationärer Behandlung zwischen 1968 und 1971 wegen eines histologisch gesicherten Ulcus ventrikuli oder duodeni. Diese Gruppe von Patienten wurde konservativ behandelt (Gruppe I).

Dieselben Fragebögen wurden verschickt an 153 ehemalige Patienten der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen, die im selben Zeitraum wegen eines Ulcus ventrikuli oder duodeni operiert worden waren (Operation nach Billroth II, überwiegend mit retrocolischer Anastomose nach Hoffmeister-Finsterer - Gruppe II).

Der Fragebogen hatte folgenden Inhalt (siehe Abdruck):
Fragen nach laufender Behandlung durch den Hausarzt;
nach eventuellen Klinikaufenthalten und eventuellen Operationen;
nach zwischenzeitlichen Magengeschwüren, Gallensteinen, Pankreatitiden, Gelbsucht oder anderen Erkrankungen;
nach dem Zustand nach erfolgter Ulcustherapie;
nach dem jetzigen Allgemeinbefinden;
nach Appetit, Gewichtsentwicklung, Stuhlgang, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand;
nach Widerwillen oder Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Speisen.

FRAGEBOGEN

1. Sind Sie seit Ihrem letzten Aufenthalt in der Medizinischen/Chirurgischen Universitätsklinik laufend in Behandlung Ihres Hausarztes?
Bitte Name und Adresse angeben.
2. Waren Sie zwischenzeitlich in einem anderen Krankenhaus in stationärer Behandlung?
Wenn ja, bitte Name und Adresse angeben.
3. Sind bei Ihnen zwischenzeitlich erneut Magengeschwüre aufgetreten?
Wenn ja, wie häufig und wann?
4. Sind bei Ihnen zwischenzeitlich Gallensteine aufgetreten?
5. Haben Sie zwischenzeitlich eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse durchgemacht?
6. Hatten Sie zwischenzeitlich eine Gelbsucht?
7. Haben Sie zwischenzeitlich eine andere Erkrankung durchgemacht?
Wenn ja, welche und wann?
8. Waren Sie nach Entlassung aus der Medizinischen/Chirurgischen Klinik 19.. beschwerdefrei?
Wenn nein, welche Beschwerden hatten Sie noch, als Sie entlassen wurden, wie lange dauerten diese?
9. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie heute?
Zungenbrennen; Sodbrennen; Druck unter dem Brustbein; Druck im Oberbauch; Koliken im Oberbauch; andere?
10. Appetit: gut; mäßig; schlecht?
11. Haben Sie Widerwillen gegen bestimmte Speisen?
Wenn ja, gegen welche?
12. Besteht Unverträglichkeit bestimmter Speisen?
Falls ja, welche Speisen werden schlecht vertragen?
13. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
Falls ja, welchen Alkohol (Bier, Wein, Schnaps etc.)? Wieviel?
14. Gewicht: gleichbleibend; zugenommen; abgenommen?
15. Stuhlgang: regelmäßig; verstopft; Durchfall;
Durchfall im Wechsel mit Verstopfung?
16. Fühlen Sie sich: voll leistungsfähig / eingeschränkt/
nicht leistungsfähig?
17. Sind Sie insgesamt mit Ihrem jetzigen Gesundheitszustand zufrieden?
Wenn nein, wären Sie bereit, zu einer Nachuntersuchung in die Med.Univ.Klinik nach Erlangen zu kommen?
18. Andere Angaben

2.2. Nachuntersuchung in der Klinik

Aus den Angaben der zurückgeschickten Fragebögen wurden diejenigen Patienten ausgesucht, welche in der Zwischenzeit oder aktuell an Leber und/oder Galle und/oder Pankreas und/oder Rezidivulcus erkrankt waren und/oder die zum gegenwärtigen Zeitpunkt über Abdominalbeschwerden klagten.

Nach diesen Kriterien fanden sich in Gruppe I 52 und in Gruppe II 39 Patienten. Diese wurden zu einer stationären Nachuntersuchung in die Medizinische Universitätsklinik Erlangen gebeten.

Diese stationäre Nachuntersuchung erfolgte zwischen August 1977 und März 1978 und dauerte drei Tage. Sie umfaßte:

- sorgfältige Anamnese; - klinischen Gesamtbefund;
- Laboruntersuchungen wie GPT, GOT, alkal. Phosphatase, LDH, Gamma-GT, Prothrombin, Gallenfarbstoffe im Harn, Serumbilirubin, Serumeiweißelektrophorese, Chymotrypsin im Stuhl; - Infusions-Kontrastmitteldarstellung der Gallenwege; Ultraschall des Oberbauchs; Gastroskopie-PAN - Nachprüfen evtl. vorhandener anderer Krankheitszeichen.

2.3. Brief vom Hausarzt

Bei 35 Patienten aus Gruppe I und bei 20 Patienten aus Gruppe II, die trotz angegebener Beschwerden nicht zur stationären Nachuntersuchung erschienen sind, wurde der Hausarzt angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen über den betreffenden Patienten auszufüllen.

Der Fragebogen erkundigte sich nach Erkrankungen der Leber, Galle, des Pankreas, nach Rezidivulcera oder unklaren Oberbauchbeschwerden im Zeitraum nach erfolgter Ulcustherapie vor ca. 5 Jahren.

Fragebogen an den Hausarzt

1. Ist ein Rezidivulcus aufgetreten?
2. Bestehen Hinweise für eine Lebererkrankung?
3. Bestehen Hinweise, daß sich in den letzten Jahren Gallensteine gebildet haben?
4. Leidet der Patient/die Patientin an einer Erkrankung der Bauchspeicheldrüse?
5. Gibt der Patient/die Patientin unklare Oberbauchbeschwerden an?
6. Der Patient/die Patientin ist beschwerdefrei
7. Der Patient/die Patientin ist nicht mehr in meiner Behandlung
8. Sonstiges

2.4. Arztbrief und Operationsberichte

Aus beiden Gruppen mußten überraschend viele Patienten im Verlaufe der ca. 5 Jahre nach Ulcusterapie am Magen operiert bzw. nachoperiert werden.

Um die Indikation und die gewählte Operationsmethode dieses Eingriffs zu erfahren, wurden die entsprechenden Krankenanstalten gebeten, die Arztbriefe und Operationsberichte zu schicken.

3. STATISTISCHE AUSWERTUNG

Die ermittelten Werte waren alle qualitativ. Sie wurden geordnet in 4-Felder-Tafeln oder in Form von k.2-Feldertafeln, je nach Formulierung der Fragestellung und Antwortmöglichkeit.

Die statistische Auswertung einer 4-Felder-Tafel erfolgte nach dem 4-Felder- χ^2 -Test (3), sofern die Vorbedingung erfüllt wurde, daß die Erwartungshäufigkeit des jeweiligen Feldes ≥ 3 war. War diese Vorbedingung nicht erfüllt, wurde der exakte Test nach FISHER angewandt.

Die Auswertung der k.2-Feldertafeln erfolgte mit dem k.2-Felder- χ^2 -Test nach BRANDT und SNEDECOR (3), da in dieser Studie immer die Voraussetzung erfüllt wurde, daß die Erwartungshäufigkeit bei weniger als 5 Stichproben mindestens gleich 2 war.

Ein Unterschied im Ergebnis zwischen beiden Gruppen war signifikant (*) bei $p < 0,05$ und hochsignifikant (**) bei $p < 0,01$.

4. ERGEBNISSE

4.1. Ergebnisse aus den Fragebögen

Aus den 152 Fragebögen, verschickt an die Gruppe I, und den 153 Fragebögen, verschickt an die Gruppe II, ergab sich folgendes Bild:

Fragebogen zurückgeschickt	88 (58%)	94 (62%)
inzwischen verstorben	16 (11%)	34 (23%)
alten Wohnsitz verlassen und neu gemeldet	11 (7%)	15 (10%)
alten Wohnsitz verlassen und ohne polizeiliche Meldung	06 (4%)	07 (5%)

Das durchschnittliche Alter der Patienten während der Studie (im Jahre 1978) betrug bei Gruppe I 58,68 Jahre und bei Gruppe II 63,02 Jahre.

4.1.1. Ergebnisse aus den Fragebögen zum Allgemeinbefinden

Die Patienten der Gruppe II fühlen sich jetzt signifikant (*) ($0,05 > p \geq 0,25$) häufiger beschwerdefrei - 70,2% der Patienten aus Gruppe II sind beschwerdefrei, dagegen aus Gruppe I 54,5%.

Die eigene Leistungsfähigkeit schätzen Patienten aus Gruppe II signifikant (*) ($0,05 > p > 0,025$) besser ein als Gruppe I.

Eine regelmäßige Betreuung durch den Hausarzt geben die Patienten aus Gruppe I signifikant (*) ($0,025 > p \geq 0,01$) häufiger an - 66% aus Gruppe I sind regelmäßig beim Hausarzt, dagegen 47 % der Patienten aus Gruppe II.

Bei Patienten aus Gruppe I traten in den zwischenliegenden ca. 5 Jahren hochsignifikant (**) häufiger ($p < 0,0005$) Rezidivulcera auf - bei Gruppe I waren es 26 Patienten (30%), dagegen bei Gruppe II 3 Patienten (3,4%). Es muß angemerkt werden, daß in dieser Studie als Rezidivulcus ein einmaliges Auftreten ebenso wie ein regelmäßig wiederkehrendes Ulcus bezeichnet wurde.

Die Gruppe I war in der Zwischenzeit hochsignifikant (**) häufiger ($p < 0,0005$) erneut in stationärer Behandlung - aus Gruppe I mußten 44%, aus Gruppe II 17% stationär betreut werden.

Ebenso fühlen sich aus Gruppe II hochsignifikant (**) mehr ($0,01 > p \geq 0,005$) Patienten beschwerdefrei zum Zeitpunkt der Entlassung vom Klinikaufenthalt (1968 - 72)

in Erlangen - aus Gruppe II waren 69 % beschwerdefrei, aus Gruppe I dagegen 48%.

Druck unter dem Brustbein zum Zeitpunkt ca. 5 Jahre nach erfolgter Ulcusterapie gaben Patienten aus Gruppe I hochsignifikant (***) häufiger ($0,01 > p \geq 0,005$) an als Patienten aus Gruppe II. Diese Beschwerden hatten 28% aus Gruppe I und 12% aus Gruppe II.

Eine Magenoperation während der ca. 5 Jahre mußte bei Patienten der Gruppe I hochsignifikant (***) häufiger ($p < 0,0005$) vorgenommen werden als (eine zweite Operation) in Gruppe II. Operiert wurden in den ca. 5 Jahren aus Gruppe I 24 Patienten (27,2%), aus Gruppe II mußten 2 Patienten (2,1%) nachreseziert werden (siehe 4.4).

Die Patienten aus Gruppe II haben - ohne die Signifikanzgrenze zu erreichen - seltener Zungenbrennen (7% aus Gruppe I, 2% aus Gruppe II), seltener Sodbrennen (Gruppe I zu 15%, Gruppe II zu 5%), seltener Druck im Oberbauch (29% aus Gruppe I, 15% aus Gruppe II) und seltener Koliken im Oberbauch (15% aus Gruppe I, 6% aus Gruppe II) als Patienten aus Gruppe I.

Aus Gruppe II schätzen mehr Patienten (ohne Signifikanz) ihren Appetit mit "gut" ein, und aus dieser Gruppe II sind es mehr Patienten, die ihr Gewicht konstant halten und die ihren Stuhlgang regelmäßig bezeichnen. Ebenso sind mehr Patienten aus Gruppe II (79%) mit dem Gesundheitszustand zufrieden als aus Gruppe I (68%).

Die Patienten aus Gruppe II haben häufiger Widerwillen und Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Speisen als in Gruppe I - allerdings wird mit $0,10 > p \geq 0,05$ die Signifikanzgrenze knapp nicht erreicht.

Auf die Frage Nr.11, gegen welche Speisenarten die Patienten Widerwillen verspüren, werden in Gruppe II dreimal

Tabelle 1: Ergebnisse aus Fragebogen

Fragebogen-Nr.	Inhalt der Frage	Gruppe I (Summe 88)	Gruppe II (Summe 94)	Signifikanz
1	regelmäß.Behandlg. durch Hausarzt	58 (65,9%)	44 (46,8%)	* $0,025 > p \geq 0,01$
2	zwischenzeitl. Klinikaufenthalt	39 (44,3%)	16 (17%)	** $p < 0,0005$
3	zwischenzeitl. Rezidivulcus	26 (29,5%)	3 (3,4%)	** $p < 0,0005$
8	beschwerdefrei bei Entlassung 1968-1972	42 (47,7%)	65 (69,1%)	** $0,01 > p \geq 0,005$
9	jetzt beschwerdefrei	48 (54,5%)	66 (70,2%)	** $0,05 > p \geq 0,025$
	haben Zungenbrennen	6 (6,8%)	2 (2,1%)	-
	haben Sodbrennen	13 (14,8%)	5 (5,3%)	-
	haben Druck unter dem Sternum	25 (28,4%)	11 (11,7%)	** $0,01 > p \geq 0,005$
	haben Druck im Oberbauch	24 (29,3%)	14 (14,9%)	-
	haben Koliken im Oberbauch	13 (14,8%)	6 (6,4%)	-
10	gut	51 (58%)	61 (64,9%)	-
	mäßig	27 (30,6%)	27 (28,7%)	
	schlecht	10 (11,4%)	6 (6,4%)	
13	trinken regelmäßig Alkohol	47 (53,4%)	57 (60,6%)	-
14	Gewicht	konstant	49 (55,7%)	-
		zugenomm.	24 (27,3%)	
		abgenomm.	15 (17%)	
15	Stuhlgang	regelmäßig	58 (65,9%)	-
		verstopft	12 (13,6%)	
		Durchfall	17 (8%)	
		Durchfall i. Wechsel m. Verstopf.	11 (12,5%)	
16	Leistg. vermögen	voll	35 (39,8%)	* $0,05 > p > 0,025$
		eingeschränkt	33 (37,5%)	
		nicht l.-fähig	20 (22,7%)	
17	sind m. Gesundheit zufrieden	60 (68,2%)	74 (78,7%)	-

häufiger süße Speisen angegeben. Dieselbe Gruppe verspürt Widerwillen gegen Milchspeisen doppelt so häufig wie Gruppe I (siehe Tabelle 1).

Tabelle 2: Speisen, gegen die die Patienten Widerwillen verspüren (zu Frage 11)

	(Gruppe I)	(Gruppe II)
saure Speisen	3	-
Süßspeisen	4	12
Fett	8	11
Milchspeisen	3	6
Fleisch	8	4
Wurst	2	1
Gebratenes	5	-
Nudeln	2	-
Fisch	2	-
Hering	-	2
Kraut	1	1
Kohl	1	1
Hülsenfrüchte	3	1
Salat	1	1
Zwiebel und Knoblauch	-	2
Ei	-	2
Kaffee	2	1

Auf die Frage nach unverträglichen Speisearten wird in Gruppe II fünfmal häufiger "süß" angegeben als in Gruppe I. Die Angaben "Fett" und "Milchspeisen" werden geringfügig häufiger bei der Gruppe II als unverträgliche Speise angegeben.

Insgesamt scheint die Unverträglichkeit gegenüber ganz bestimmten Nahrungsmittelarten bei Gruppe II geringfügig erhöht zu sein.

Das Ergebnis der Frage 11 spiegelt sich im Ergebnis der Frage 12 wider.

Tabelle 3: Unverträgliche Speisen (Frage 12)

	(Gruppe I)	(Gruppe II)
Saure Speisen	1	1
Süßspeisen	5	26
Fett	8	12
Milchspeisen	8	12
Mehlspeisen	1	4
Fleisch	-	4
Wurst	-	2
Gebratenes	6	5
Nudeln	2	3
Reis	-	1
Fisch	-	-
Hering	-	-
Kohl	4	6
Hülsenfrüchte	5	4
Gemüse	3	0
Spinat	1	0
Obst	3	1
Zwiebeln und Knoblauch	4	2
Erdnüsse	1	-
Eier	-	2
Gewürze	2	1
Salz	-	1
Kaffee	3	4

Die Frage Nr.7 "Haben Sie zwischenzeitlich eine andere Erkrankung mitgemacht?" haben die beiden Gruppen mit folgenden Angaben beantwortet:

Gruppe I	Gruppe II
Rheumatoide Arthritis	Bursitis
Schultergelenks- entzündung	Gelenkentzündung
Knieoperation	Hüftleiden
Lumbal-Syndrom	Fraktur eines Wirbels
	Lumbago
Nerv. Erschöpfung	
Depression	Hypertonie
Kreislaufstörung	Stenokardie
Herz-Rhythmus-Störung	
Angina pectoris	Herzschrittmacher
	Klappenfehler
	Kollaps
Pneumonie	Bronchitis u. Pneumonie
Venenentzündung	Enterokolitis
	Diabetes
Allergie	
Nebenhoden-Entzündung	Nierenstein
Nierenstein	Prostata
Prostata-OP	Hodenentzündung
Pyelonephritis	
	Hämorrhoiden
Leberabszeß	Thrombose
Appendizitis	Appendizitis
Leistenbruch	Unterleibschmerz

Die Frage Nr.9 "Haben Sie jetzt anderweitige als im Fragebogen angegebene Beschwerden?" brachte zum jetzigen Allgemeinbefinden folgende Angaben:

Gruppe I	Gruppe II
Blähungen	Blähungen
Brechreiz u. galliges Erbrechen	Erbrechen
Aufstoßen	Völlegefühl
Schwindel	Bittergeschmack
Starke Winde	Breiiger Stuhl
Schmerz rechter Oberbauch	
Schmerz linker Bauch	
Schmerz linke Brust	
Schmerz Unterbauch	

4.1.2. Ergebnisse vom Fragebogen zu Leber/Galle/Pankreas

Die Fragen nach Gallenstein, Pankreatitis und Gelbsucht erbringen gleichmäßige Verteilung in beiden Gruppen, keine signifikanten Unterschiede, die Häufigkeit der Erkrankung schwankt zwischen 1 und 6%.

Fragebogen-Nr.	Inhalt der Frage	Gruppe I (Summe 88)	Gruppe II (Summe 94)
4	Gallensteine	4 (4,5%)	3 (3,2%)
5	Pankreatitis	5 (5,7%)	2 (2,1%)
6	Gelbsucht	3 (3,4%)	1 (1%)

4.2. Ergebnisse der Nachuntersuchung in der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen

Aus Gruppe I erschienen zur Nachuntersuchung 17 Patienten. Davon mußten in der Zwischenzeit seit erfolgter konservativer Ulcustherapie vor ca. 5 Jahren 9 (53%) am Magen operiert werden.

Aus Gruppe II erschienen 19 Patienten. In Gruppe II zeigt das Ergebnis bei 11 Patienten (57,9%) außer "Zustand nach B II" keine weiteren Erkrankungen der Oberbauchorgane.

Ulcerata wurden in Gruppe I signifikant (*) häufiger ($0,05 > p \geq 0,025$) nachgewiesen als in Gruppe II. Bei 7 Patienten (41,2%) aus Gruppe I traten Ulcerata auf, bei 1 Patienten (5,3%) aus Gruppe II.

Faßt man alle am Magen nachgewiesenen krankhaften Veränderungen zusammen (incl. Magenulcerata), dann tritt in Gruppe I hochsignifikant (**) häufiger ($0,005 > p \geq 0,001$) ein krankhafter Magenbefund auf:

In Gruppe I wird 11mal, in Gruppe II 2mal ein Magenbefund diagnostiziert (siehe Tabelle) - in Verteilung auf die Patienten haben in Gruppe I 9 Patienten (52,9%) einen krankhaften Magenbefund, aus Gruppe II 2 Patienten (10,6%).

Die Erkrankungshäufigkeit der Organe Leber und Galle ist in beiden Gruppen annähernd gleich. In Gruppe I hatte kein Patient einen krankhaften Leberbefund, bei Gruppe II wurde bei einem Patienten ein Verdacht auf Lebertumor histologisch entkräftet. Gallensteine wurden in Gruppe I bei 4 Patienten (23,5%) und in Gruppe II bei 2 Patienten (10,5%) diagnostiziert (siehe Tabelle).

Ein krankhafter Befund des Pankreas wird in Gruppe I nicht und in Gruppe II bei 3 Patienten (15,8%) diagnostiziert; mit $p = 0,13$ ist der Unterschied nicht signifikant.

Tabelle 4: Ergebnis der Nachuntersuchung in der Klinik

Gruppe I: 17 Patienten
davon nachträglich am Magen operiert 9 (53%)

Gruppe II: 19 Patienten
davon außer "Zustand nach B II" keine weiteren
Erkrankungen der Oberbauchorgane 11 (57,9%)

Befund:	Gruppe I	Gruppe II	Signifikanz
DIA "Zustand"			
Z. n. B II	8 (47%)	18 (94,7%)	
Z. n. B I	1 (5,8%)	1 (5,2%)	
Z. n. Vagotomie	1 (5,8%)	-	
Z. n. Cardia- dilatation	-	1 (5,2%)	
DIA "Magen" (incl. Ulcus)			0,005 > p 20,001 ***
Ulcus ventr.	6 (35%)	1 (5,2%)	
Ulcus duod.	1 (5,8%)	-	* 0,05 > p 20,025
Narbenbulbus	2 (11,6%)	-	
Dumping-Syndr.	(1)	-	
Gastritis	2 (11,6%)	-	
Erosion	1 (5,8%)	-	
unklare Formation	-	1 (5,2%)	
(Personen)	9 (52,9%)	2 (10,5%)	
DIA "Leber"			
Hepatitis	-	-	
Verdacht auf Lebertumor	-	(1)	-
(Personen)	-	-	
DIA "Galle"			
Cholecystitis	-	-	
Z. n. Chole- cystektomie	1 (5,8%)	2 (10,5%)	-
Gallenstein	4 (23,3%)	2 (10,5%)	
(Personen)	5 (29,4%)	4 (21%)	
DIA "Pankreas"			
Chr. Pankreatitis	-	2 (10,5%)	
exkr. Pa.-Insuff.	-	1 (5,2%)	-
"Verdacht auf Pa.-Erkrankg."	-	1 (5,2%)	
(Personen)	-	3 (15,7%)	

Tabelle 5: Weiterhin bei der Nachuntersuchung in
Erlangen festgestellte Befunde

Gonarthrose
Rheumatoide Arthritis

Polytope Extra-Systolen
Angina pectoris

Hypotone Dysregulation
Hypertonie

Hyperlipoproteinämie Typ IV nach Frederickson
Diabet. mell.
Adipositas permagna

Alte Tbc.-Veränderung
Chron. asthmoide Emphysem-Bronchitis

Nephrolithiasis
Prostata-Hypertrophie
Nierencyste

Zyklothymie
Psychovegetatives Syndrom

M. Boeck I - II

4.3. Ergebnisse vom Hausarzt

Vom Hausarzt gingen Informationen ein über 27 Patienten aus Gruppe I und über 10 Patienten aus Gruppe II.

4.3.1. Ergebnisse vom Hausarzt zum Allgemeinbefinden

Die Gruppe II ist hochsignifikant (***) häufiger ($0,010 > p \geq 0,005$) beschwerdefrei - aus Gruppe I sind 9 Patienten (33,3%) ohne Beschwerden, aus Gruppe II sind 9 von 10 Patienten (90%) beschwerdefrei.

Gruppe I hat signifikant (*) häufiger ($0,05 > p \geq 0,025$) Rezidivulcera als Patienten aus Gruppe II - aus Gruppe I haben 11 Patienten (40,8%) und aus Gruppe II kein Patient Rezidivulcera.

In Gruppe I wird - ohne die Signifikanzgrenze zu erreichen - öfter "unklarer Oberbauch" angegeben 11 Patienten (40,8%) aus Gruppe I und 1 Patient (10%) aus Gruppe II.

4.3.2. Ergebnisse vom Hausarzt zu Leber/Galle/Pankreas

Zwischen beiden Gruppen treten keine signifikanten Unterschiede auf.

In Gruppe I werden bei 4 Patienten (15%) Anzeichen für Lebererkrankung angegeben, während in Gruppe II kein Hinweis besteht.

Hinweise auf Gallensteine bestehen in Gruppe I bei 5 Patienten (18,5%) und in Gruppe II bei einem Patienten (10%).

Eine Erkrankung des Pankreas haben in Gruppe I 5 Patienten (18,5%), in Gruppe II liegt keine Pankreaserkrankung vor.

Tabelle 6: Ergebnisse des Fragebogens an den Hausarzt

Frage Nr.	Inhalt der Frage	Gruppe I (Summe 27)	Gruppe II (Summe 10)	Signifikanz
1	Rezidivulcus	11 (40,8%)	-	* $0,05 > p \geq 0,025$
2	Lebererkrankung	4 (15%)	-	-
3	Gallenstein	5 (18,5%)	1 (10%)	-
4	Pankreaserkr.	5 (18,5%)	-	-
5	unklarer Oberbauch	11 (40,8%)	1 (10%)	-
6	fühlen sich beschwerdefrei	9 (33%)	9 (90%)	** $0,010 > p \geq 0,005$

4.3.3 Zusammenfassung der "Ergebnisse der Nachuntersuchung" mit "Ergebnisse vom Hausarzt"

Wenn man die Angaben der Hausärzte mit den Ergebnissen der Nachuntersuchung in Erlangen zusammen betrachtet, hat man Information über 41 Patienten aus Gruppe I (davon sind innerhalb der ca. 5 Jahre 14 (34,1%) am Magen operiert worden) und über 25 Patienten aus Gruppe II.

Ulcera treten in Gruppe I hochsignifikant (***) häufiger ($0,005 > p \geq 0,001$) auf als in Gruppe II - aus Gruppe I haben 18 Patienten (43,9%) und aus Gruppe II ein Patient (4%) Rezidivulcera.

Unklare Oberbauchbeschwerden wurden signifikant (*) häufiger ($0,05 > p \geq 0,25$) in Gruppe I angegeben als in Gruppe II - in Gruppe I 12 Patienten (29,2%), in Gruppe II 1 Patient (4%).

Faßt man alle am Magen "festgestellten krankhaften Veränderungen" mit "Hinweisen auf Magenerkrankungen" zusammen (Tabelle 4), so sind 6 Patienten aus Gruppe I (14,6%) und 1 Patient (4%) aus Gruppe II erkrankt (kein signifikanter Unterschied).

Die Erkrankungen der Organe Leber, Galle und Pankreas ergeben keine signifikanten Unterschiede.

Hinweise auf Hepatitis sind gegeben bei 4 Patienten (9,8%) aus Gruppe I. In Gruppe II bestand ein Verdacht auf Lebertumor, welcher histologisch entkräftet wurde.

Gallensteine treten auf in Gruppe I bei 7 Patienten (17%), in Gruppe II bei 2 Patienten (8%).

Hinweise für eine Pankreaserkrankung bestehen bei 5 Patienten (12,2%) aus Gruppe I; in Gruppe II traten bei 2 Patienten

ten eine chronische Pankreatitis und bei einem Patienten der Verdacht auf eine Pankreaserkrankung auf (12%).

Die anderweitigen Erkrankungen decken sich mit den Angaben in Tabelle 4.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse aus Nachuntersuchungen und Fragebogen an Hausarzt

Gruppe I: 41 Patienten

davon nachträgl.am Magen operiert 14 (34,1%)

Gruppe II: 25 Patienten

Anzahl der krankhaften Organbefunde bzw. Hinweise auf Organerkrankungen	Gruppe I	Gruppe II	Signifikanz
ULCERA ventriculi duodeni	17 (43,9%) 1	1 (4%) -	** $0,005 > p \geq 0,001$
UNKLARE OB-Beschwerden	12 (29,2%)	1 (4%)	■ $0,05 > p \geq 0,025$
MAGEN (ohne Ulcus)			
Narbenbulbus	2	-	
Dumping-Synd.	(1)	-	
Gastritis	3	-	
Erosion	1	-	
unklare Formation	-	1	
"-(Personenanzahl)	6 (14,6%)	1 (4%)	
LEBER			
Hepatitis	4	-	
Verdacht auf L.-Tum.	-	(1)	-
"-(Personenanzahl)	4 (9,7%)	-	
GALLE			
Cholecystitis	-	-	
Zust.n.Cholecystektomie	1	2	-
Gallenstein	7	2	
"-(Personenanzahl)	8 (19,5%)	4 (16%)	
PANKREAS			
Chr. Pankreatitis	-	2	
exkret.Pa.-Insuff.	-	1	
Verd.a.Pa.-Erkr.	5	1	-
"-(Personenanzahl)	5 (12,2%)	3 (12%)	

4.4. Ergebnisse aus OP-Berichten

Wie bereits unter 4.1.1 (S.7) erwähnt, mußten aus Gruppe I 24 Patienten (27,3%) und aus Gruppe II 2 Patienten (2,1%) in den letzten ca. 5 Jahren am Magen operiert bzw. nachoperiert werden.

Angaben über Operationsindikation und gewählte Op.-Methode liegen vor bei 21 Patienten aus Gruppe I und bei den beiden Patienten aus Gruppe II.

Die Indikation zur Operation wurde angegeben in Gruppe I:

Ulcus-Perforation	1
Ulcus duodeni	9
Ulcus ventric.	13
Hyperchlorhydrie	6
benigne Ausgangsstenose	4
Narbenbulbus	2
Verdacht auf Epithelentdifferenz.	2
Pankreatitis	1
Choledochusverschluß	1

Die gewählten op.-Methoden in Gruppe I:

- 2 Pyloroplastik
- 1 Whipple'sche OP
- 2 totale Vagotomie
- 2 proximal selektive Vagotomie
- 11 B II (meist retrocholische Anastomose nach Hoffmeister-Finsterer)
- 6 B I

In Gruppe II mußten zwei Patienten (2,1%) nachreseziert werden. Bei beiden war vor ca. 5 Jahren eine Operation nach Billroth II gemacht worden.

Bei einem Patienten war die Indikation chronisch rezidivierende Ulcera ventr. et duodeni. Die Methode war die trunkuläre Vagotomie plus Nachresektion nach ROUX.

Beim zweiten Patienten war die Indikation ein Ulcus an der Anastomose; als Methode wählte man die Anastomosenabtragung mit hinterer EE nach HOFFMEISTER-FINSTERER.

5. DISKUSSION

Das Ziel der Studie war die Frage nach Entwicklung des Gesundheitszustandes der Ulcuspatienten innerhalb ca. 5 Jahren.

Dieses Zeitintervall nach therapiertem Ulcuskranken wird von vielen Autoren angegeben als der Zeitraum, in dem sich häufig eine Erkrankung der Organe des Oberbauches zeit (4; 5; 6; 8; 9; 11; 12).

5.1. Fragebogen

Der Fragebogen wurde verschickt an Patienten, die in der Anamnese ein histologisch gesichertes Ulcus hatten. Diese Patienten hatten die Klinik vor mindestens fünf Jahren verlassen. Damit wurde erreicht, daß inzwischen beschwerdefreie Patienten ebenso befragt wurden wie Patienten mit rezidivierenden Beschwerden.

Ein Problem war die Mitarbeit des Patienten: er schickt den Fragebogen zurück und gibt Beschwerden an, ist jedoch zur klinischen Nachuntersuchung nicht bereit. In diesem Fall bleibt der Brief an den Hausarzt, der die objektivere Aussagekraft einer dreitägigen stationären Nachuntersuchung nicht erreicht.

Der Fragebogen dient als Überblick über die gesundheitliche Entwicklung der beiden Gruppen. Darüber hinaus läßt er diejenigen Patienten erkennen, deren Maß an Beschwerden eine klinische Nachuntersuchung indiziert erscheinen läßt.

Der Fragebogen ergibt mehrere signifikant günstigere Ergebnisse zugunsten des Gesundheitszustandes der Gruppe II, wie Beschwerdefreiheit, Leistungsfähigkeit, Betreuung durch den Hausarzt, Rezidivulcera, erneute stationäre Behandlung, Beschwerdefreiheit bei Klinikentlassung nach erfolgter Ulcus-Therapie und Druck unter dem Brustbein. Darüber hinaus ergibt der Fragebogen - ohne die Signifikanzgrenze zu erreichen - Aussagen zugunsten der Gruppe II bei Zungen- und Sodbrennen, Druck und Koliken im Oberbauch, Appetit, Konstanz des Gewichts, Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand. Allerdings wird in Gruppe II - ohne Signifikanzunterschiede - häufiger als in Gruppe I Widerwillen und Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Speisen verspürt.

Die Ergebnisse des Fragebogens, der stationären Nachuntersuchung und der Angaben des Hausarztes bezüglich Leber-, Galle- und Pankreaserkrankungen ergeben keine Unterschiede zwischen Gruppe I und II.

	Fragebogen (Gr.I : Gr.II)	Nachuntersuch. (Gr.I : Gr.II)	Hausarzt (Gr.I : Gr.II)
Leber-Erkrankungen	4,5% : 3,2%	- : -	15% : -
Galle-Erkrankungen	4,5% : 3,2%	23,5% : 10,5%	18,5% : 10%
Pankreas-Erkrankg.	3 % : 1 %	- : 10,5%	18,5% : -

Die Angaben anderer Autoren sind bedeutend höher: LUCHMANN et al (6) findet zum Zeitpunkt der B II-Operation bei 79% der Patienten mit durchschnittlicher Ulcusanamnesa von 14,5 Jahren eine patho-histologische Leberveränderung (Gruppe A). In einer anderen Gruppe (B) vergleicht er 160 "in

zeitlichem Abstand von der B-II-Operation" entnommene Leberproben (150 Fälle entnommen durch MENGHINI-Nadel, 10 Fälle entnommen laparoskopisch). Dabei findet er bei 35% pathologische Befunde: 3,7% Zirrhosen, 11,2% hepatische Veränderungen, 10% Fettlebern, 9,3% geringfügige Veränderungen in Parenchym und Mesenchym. Der zeitliche Abstand zwischen B II-Operation und Gewebeentnahme bei den später pathologisch bewerteten Proben: bis 2 Jahre p.o. 30%; bis 5 Jahre p.o. 36%; bis 10 Jahre p.o. 37%; bis 20 Jahre p.o. 40%; mehr als 20 Jahre p.o. 23%.

COLOMBO (4) findet bei Sichtung des Krankengutes im Landeskrankenhaus LOEBEN präoperativ einen Leberschaden von 48,7% bis 53,5% bei den Ulcuspatienten. Er berichtet ferner, daß nach der Magenresektion bei 20% eine Verschlechterung des Leberbefundes auftrat - diese Patienten kamen "im Laufe der Jahre aus irgendwelchen Gründen wieder in die Klinik".

BURGMANN (12) stellte bei 214 Patienten, die vor der Magenresektion keine positive Leberanamnese hatten, zu 62% einen pathologischen Tastbefund oder pathologische Leberfunktionsproben fest - 20% davon hatten eine komplette Zirrhose. Diese Befunde wurden bis zu 5 Jahren p.o. gewonnen durch Sichtung des Krankengutes der Med. Klinik des Stadtkrankenhauses Kassel.

HERRMANN/SECKFORT (5) finden heraus, daß 22,4% ihrer Patienten mit Magenresektion - obwohl sie unmittelbar postoperativ beschwerdefrei waren - doch an einer Hepatopathie leiden im Intervall 6 - 10 Jahre p.o.

Keines dieser anderslautenden Ergebnisse steht im Widerspruch zu den in dieser Studie gefundenen Zahlen: LUCHMANN et al (6) entnehmen Gewebeproben (während und Jahre nach der Magenresektion) und schlüsseln histologische Veränderungen auf. Diese Proben entnehmen sie Patienten,

welche nach therapierter Ulcuskrankheit als erneut erkrankt wieder in die Klinik zurückkommen. Daraus resultieren höhere Zahlen.

Dieser Unterschied besteht auch bei den Ergebnissen der Studien von COLOMBO (4), BURGMANN (12) und HERRMANN/SECKFORT (5) - sie alle haben ihre Information aus dem Krankenhausarchiv.

Die Angabe anderer Autoren zur Häufigkeit der Gallenerkrankung deckt sich mit den Zahlen dieser Studie. PFEIFFER/DUNANT (9) finden die Häufigkeit einer Gallenwegsoperation nach vorausgegangener Magenoperation (überwiegend B II im Abstand ein bis 20 Jahre) bei männlichen Patienten mit 4,9%, bei weiblichen Patienten bei 3,6%. Nach vorausgegangener Ulcuserkrankung findet derselbe Autor eine Indikation zur Gallenoperation bei 6,15% der männlichen und bei 4,55% der weiblichen Patienten.

SCHREIBER/LUCHMANN (8) finden bei 596 ausschließlich konservativ behandelten Ulcuskranken in 8,5% der Fälle einen Gallenstein. Bei einer Gruppe von 948 Ulcuspatienten - therapiert durch B II (überwiegend POLYA/REICHEL) - fand derselbe Autor bei 6,9% eine steinhaltige Gallenblase, davon 4,3% mit den Steinbeschwerden.

SALZER/KUTSCHERA (1) sichten das Obduktionsgut der Pathologie in Innsbruck. Von 13 589 Sezierten haben 13,88% Gallensteine; das Verhältnis männlich zu weiblich ist 1 : 2,35. (Kontrollgruppe). Von 424 sezierten männlichen Patienten mit B I / B II-Magen hatten 9,19% Gallensteine, von 135 sezierten Frauen mit B I/II-Magen waren 24,44% Steinträgerinnen; Gesamtanteil der Steinträger innerhalb der Gruppe der Magenresezierten 12,88% (männlich zu weiblich 1 : 2,65).

KAPRAL (13) stellt bei 609 Ulcuspatienten in 2,5% eine Gallenblasenerkrankung fest - hingegen 767 Patienten nach

Magenresektion haben zu 2,1% eine Cholelithiasis (keine Angabe des Intervalls).

Über die Erkrankungen am Pankreas findet WORMSLEY (10) bei 13 B I-operierten Ulcuspatienten p.o. bei 3 Patienten (27,3%) eine exkretorische Pankreas-Insuffizienz mit signifikanter Erhöhung des Stuhlfetts.

HERRMANN/SECKFORT (5) berichten in der bereits zitierten Studie, daß man "im Rahmen der exokrinen Pankreasfunktionen bereits vier Jahre nach einer B II-Operation disoziierte Enzymausfälle findet".

MARKS et al (2) finden bei Patienten mit Alkohol-Pankreatitis in 2 bis 19% der Fälle ein Magen-Duodenalulcus.

In den Ergebnissen der vorliegenden Studie findet man keine Unterschiede bezüglich Pankreasfunktion zwischen Gruppe I und II.

5.2. Nachuntersuchung

Die Nachuntersuchung kann nur aktuelle Krankheitszustände erfassen, nicht eine eventuell zwischenzeitlich abgelauene und vollständig abgeheilte Erkrankung.

Aus diesem Grund findet man weder in Gruppe I noch II eine aktuelle Lebererkrankung, während eine Gallenerkrankung in Gruppe I bei 23,5% und in Gruppe II bei 10,5% der nachuntersuchten Patienten festgestellt wurde. Die höheren Zahlen der Gallenerkrankungen in vorliegender Studie kann erklärt werden durch die vorausgegangene gezielte Fragebogenauslese.

Die Nachuntersuchung bestätigt das Fragebogenergebnis, daß zwischen Gruppe I und II hinsichtlich Leber-, Galle- und Pankreaserkrankungen keine signifikanten Unterschiede auftreten.

Bezüglich des Allgemeinbefindens und des Ulcusrezidivs treten letztere signifikant häufiger in Gruppe I auf. Darüber hinaus mußten von 17 Patienten aus Gruppe I über die Hälfte (9 Patienten = 53%) später wegen Ulcusrezidiven operiert werden. Auch diesbezüglich bestätigt die Nachuntersuchung das Fragebogenergebnis.

5.3. Brief an den Hausarzt

Die Fragebogen vom Hausarzt unterstreichen die beiden obengenannten Ergebnisse bezüglich Allgemeinbefinden und Rezidivulcus. Die Fragen nach Beschwerdefreiheit, Rezidivulcera und unklaren Oberbauchbeschwerden werden signifikant günstiger für Gruppe II angegeben.

Ebenfalls treten keine signifikanten Unterschiede auf bezüglich Leber/Galle und Pankreaserkrankungen. Die quantitativen Angaben dieser Studie decken sich mit denjenigen der oben zitierten Arbeiten, da es sich bei den Patienten um ausgesuchte Kollektive mit Beschwerdesymptomen der Bauchorgane handelt.

Die Genauigkeit einer Fragebogenaktion an den Hausarzt kann nicht mit der einer klinischen Nachuntersuchung verglichen werden.

5.4. Operations-Berichte

Aus den Fragebogen und Nachuntersuchungen ging der hohe Anteil der Patienten aus Gruppe I hervor, welcher später operiert werden mußte. Die Indikation war hauptsächlich Ulcus und benigne Ausgangsstenose. Dies unterstreicht die Tendenz des Ulcus, nach erfolgter konservativer Therapie zu rezidivieren.

Allerdings sind Patienten aus Gruppe II nicht frei von Rezidivulcera. Bei zwei Patienten waren sie so stark und langwierig, daß eine Nachresektion nötig wurde. Das Magenstumpfkarcinom ist erwartungsgemäß in dem Intervall der Studie nicht aufgetreten.

Insgesamt zeigt sich, daß Gruppe II sich besser fühlt, weniger Ulcusrezidive erlebt und an Leber-, Galle- und Pankreaserkrankungen nicht häufiger leidet als Gruppe I. Das Ulcus und seine Komplikationen sind der Grund, warum in der Gruppe I ein hoher Anteil nach erfolgter konservativer Therapie magenreseziert werden mußte.

Für die konservative Ulcustherapie haben sich durch die Entwicklung von Antagonisten der Histamin H_2 -Rezeptoren möglicherweise neue Wege eröffnet. Diese Verbesserung der Therapie durch schnelle Linderung der Schmerzen, Senken des Verbrauchs an Antazida, Beschleunigung des Heilungsverlaufs (DOBRILLA et al (7)) ist in vorliegender Studie noch nicht zur Auswirkung gekommen.

In Anbetracht der heute möglichen schonenden Magenoperationen sollte trotzdem in den Fällen der Entschluß zur Operation leichter gefaßt werden, in denen innerhalb eines vernünftigen Zeitraumes durch konservative Behandlung keine Beschwerdefreiheit erzielt werden kann.

6. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, wie nach 5 Jahren das Allgemeinbefinden von konservativ behandelten Ulcuspatienten im Vergleich zu operierten Patienten ist. Darüber hinaus wurde überprüft, ob es zwischenzeitlich in einer der beiden Gruppen gehäuft zu Erkrankungen von Leber, Galle und Pankreas gekommen ist.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden Fragebogen an 152 Patienten verschickt, die zwischen 1968 und 1971 wegen eines peptischen Ulcus in der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen konservativ behandelt worden waren (Gruppe I). Weitere Fragebogen wurden an 153 Patienten versandt, die im selben Zeitraum wegen eines peptischen Ulcus in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen operiert worden waren (Gruppe II).

Die Patienten wurden u.a. gefragt, ob sie bei Entlassung aus dem Krankenhaus beschwerdefrei waren, ob regelmäßige Behandlungen durch den Hausarzt erfolgten, zwischenzeitlich erneute stationäre Behandlungen notwendig waren, ob sie jetzt beschwerdefrei sind, ob sie zwischenzeitlich ein Ulcus, Gallensteine, eine Pankreatitis oder Gelbsucht hatten. Schließlich wurde danach gefragt, ob die Patienten, falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt Beschwerden bestünden, zu einer stationären Kontrolle bereit wären. 88 Patienten der Gruppe I (57,9%) und 94 Patienten der Gruppe II (61,5%) sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück. Dabei gaben 42 Patienten der Gruppe I (47,7%) an, bei Entlassung beschwerdefrei gewesen zu sein. 58 dieser Patienten (65,9%) waren in regelmäßiger Behandlung durch den Hausarzt, bei 39 Patienten (44,3%) waren erneute stationäre Behandlungen notwendig. 48 Patienten (54,5%) waren jetzt beschwerdefrei. Demgegenüber waren 65 Patienten der Gruppe II (69,1%) bei Entlassung beschwerdefrei,

44 Patienten (46,8%) waren in regelmäßiger Behandlung durch den Hausarzt, 16 Patienten (17%) mußten zwischenzeitlich erneut stationär behandelt werden, und 66 Patienten (70,2%) waren zum gegenwärtigen Zeitpunkt beschwerdefrei. In allen diesen Punkten bestanden zwischen der Gruppe I und der Gruppe II signifikante Unterschiede. Darüber hinaus hatten 26 Patienten (29,5%) der Gruppe I erneut ein peptisches Ulcus bekommen, während dies nur bei 3 Patienten (3,4%) der Gruppe II der Fall war. Auch hier bestand ein statistisch signifikanter Unterschied. Gallensteine, Pankreatitis und Gelbsucht kamen in beiden Gruppen gleich häufig vor.

Nach Auswertung der Fragebogen hinsichtlich der Beschwerden wurden 52 Patienten der Gruppe I und 39 Patienten der Gruppe II zu stationärer Kontrolluntersuchung einbestellt. Davon erschienen 17 Patienten der Gruppe I (32,7%) und 19 Patienten der Gruppe II (48,7%) zur stationären Durchuntersuchung. Dabei wurde eine genaue Anamnese erhoben sowie eine exakte körperliche Untersuchung durchgeführt. Bei weiteren wurden die Leberparameter bestimmt, eine Infusionscholangiographie durchgeführt, der Chymotrypsingehalt im Serum bestimmt sowie eine endoskopische Untersuchung von Ösophagus, Magen und Bulbus duodeni vorgenommen.

Dabei konnte bei 7 Patienten der Gruppe I ein peptisches Ulcus im Magen oder Bulbus duodeni sowie bei 2 weiteren Patienten ein Nierenerkrankung festgestellt werden. In der Gruppe II fand sich lediglich ein peptisches Ulcus. Die anderen Untersuchungsergebnisse ergaben zwischen beiden Gruppen keine einschneidenden Unterschiede.

Über die Patienten, die den Fragebogen nicht beantwortet hatten, wurde zusätzlich versucht, vom Hausarzt Informationen zu bekommen. Hierbei konnte in Erfahrung gebracht werden, daß sich ein Drittel der Patienten der Gruppe I

beschwerdefrei fühlte, während dies bei 90% der Gruppe II der Fall war. Rezidivulcera waren bei 40,8% der Gruppe I zwischenzeitlich aufgetreten, in der Gruppe II wurde über kein einziges Rezidivulcus berichtet. Lebererkrankungen, Gallensteine und Pankreaserkrankungen waren auch bei diesen Patienten nicht in einer der beiden Gruppen gehäuft vorgekommen. Besonders interessant war die Information, daß von den konservativ behandelten Patienten der Gruppe I zwischenzeitlich 24 Patienten (27,3%) wegen eines Rezidivulcus operiert werden mußten. In der Gruppe II waren nur 2 operationsbedürftige Rezidivulcera (2,1%) aufgetreten.

Die Untersuchungsergebnisse lassen somit erkennen:

1. Operierte Ulcuspatienten sind signifikant häufiger beschwerdefrei als konservativ behandelte Patienten.
2. Operierte Ulcuspatienten mußten zwischenzeitlich seltener ambulant oder stationär behandelt werden.
3. Operierte Ulcuspatienten erkrankten nicht häufiger als konservativ behandelte Patienten an Gallensteinen, Pankreatitis oder chronischer Hepatitis.
4. Konservativ behandelte Ulcuspatienten haben signifikant häufiger Ulcusrezidive und müssen deswegen
5. in 27,3% der überprüften Fälle schließlich doch noch operiert werden.

Daraus läßt sich die Schlußfolgerung ziehen, daß in Betracht der heute möglichen schonenen Magenoperationsverfahren in den Fällen der Entschluß zur Operation leichter gefaßt werden sollte, in denen innerhalb eines vernünftigen Zeitraumes durch konservative Behandlung keine Beschwerdefreiheit erzielt werden kann.

7. LITERATUR

- (1) SALZER/KUTSCHERA: Cholelithiasis nach Magenresektion
Der Chirurg Heft 6, 1968, S.281
- (2) MARKS; BANK; BARBEZAT: Alkoholpankreatitis - Ätiologie, klin. Formen, Komplikationen
Leber/Magen/Darm 6 Nr.5 (1976) S.257
- (3) SACHS, Lothar: Statistische Auswertungsmethoden,
3.Auflage 1972, Springer Bln./Heidelberg/N.Y.
- (4) COLOMBO: Magenresektion und die sogenannte Postresektions-Cholelithiasis.
Win. Klin. Wochenschrift Jg.77 Heft 37,
1965 S.615
- (5) HERRMANN/SECKFORT: Leberstörungen und Magenkrankheiten
Med. Klin. 67 (1972) Nr.2, S.51
- (6) LUCHMANN/SCHREIBER/ESSER/SCHRIEFERS: Magenulcus und Lebererkrankungen
Med.Klinik 59 (1964) Nr.2o S.812
- (7) DOBRILLA et al: Therapie mit Cimetidin beim Ulcus duodeni
MMW 12o (1978) Nr.84 S.839
- (8) SCHREIBER/LUCHMANN: Magenresektion und Cholelithiasis
Zentralblatt für Chirurgie (1965)
Heft 43 S.22o2
- (9) PFEIFFER/DUNANT: Cholelithiasis als Folge der Magen-chirurgie
Schweiz.Med. Wochenschrift Nr.5o Bd.98
(1968) S.1975
- (10) WORMSLEY, K.G.: Pancreatic exocrine function in patients with gastric ulceration before and after gastrectomy
The Lancet, Sept.3o, 1972 S.682
- (11) BURGMANN, W.: Therapiewoche 1o, 481, 196o
- (12) KALK/KOPP/WILDHIRT: Über die Häufigkeit von Leberschäden nach Gastrektomie
Med. Klinik 1961 Nr.15 S.676
- (13) KAPRAL: Magenresektion und Parallelenerkrankung von Gallenblase und -weg
Der Chirurg 39.Jg. Heft 4, 1968 S.184

LEBENS LAUF

Am 6.6.1953 wurde ich, Günter Aurbach, in Breitenbrunn/Opf. geboren als Sohn der Eheleute Jakob und Maria Aurbach, von Beruf Landwirt und Lehrerin.

Die Volksschule Waldkirchen besuchte ich von 1959 bis 1965. Anschließend wechselte ich über in die Realschule Plankstetten, wo ich 1969 mit der Mittleren Reife abschloß.

Ab 1969 besuchte ich das Röntgen-Gymnasium Würzburg, Abschluß 1972 mit dem Abitur.

Ab 1973 studierte ich Medizin an der Freien Universität Berlin bis zur Ärztlichen Vorprüfung im Sommer 1975. Ab Sommer 1975 studierte ich Medizin an der Universität Erlangen. Das Praktische Jahr leistete ich ab im Fach Innere Medizin an der Universitätsklinik Rennes/Frankreich, im Fach Chirurgie am Städt. Krankenhaus Hof/Saale und im Fach HNO an der Universitätsklinik Erlangen. Das Studium schloß ich ab mit dem Staatsexamen im Frühjahr 1980.

Druck: D. Gräbner, 8602 Altendorf - Tel. 09545/8791